

I. Datos del Tomador

Nombres y apellidos / razón social: _____ C.I. / Pasaporte / RIF: _____

V E J

Ingreso anual (en U.T.): Menor a 530 Entre 530 y 1.320 Mayor a 1.320

Actividad económica: Comercial Profesional

Ocupación: Socio Empleado Ejercicio independiente Otro _____

Ramo: _____

Dirección del Tomador

Estado: _____ Ciudad: _____ Municipio: _____

Parroquia: _____ Urbanización, Sector, Barrio: _____ Edif., Galpón, Casa, Quinta: _____

Vía principal: _____ Vía 1 (izquierda): _____ Vía 2 (derecha): _____

Torre, Sección, Ala: _____ Piso, Nivel: _____ Local, Ofic., Apto: _____

Referencia: _____ Otro: _____ Código postal: _____

Teléfono habitación: _____ Teléfono oficina: _____ Teléfono celular: _____

E-mail: _____ Fax: _____

Si el Tomador es persona jurídica responda adicionalmente

Fecha de constitución de la Empresa: _____ Naturaleza: Pública Privada

II. Datos del Propuesto Asegurado

Nombres y apellidos / razón social: _____ C.I. / Pasaporte / RIF: _____

V E J

Ingreso anual (en U.T.): Menor a 530 Entre 530 y 1.320 Mayor a 1.320

Actividad económica: Comercial Profesional

Ocupación: Socio Empleado Ejercicio independiente Otro _____

Actividad o índole del riesgo: _____

Tipo de riesgo: Comercial Industrial Depósito

Ramo: _____



Solicitud de Seguro N°: _____

Dirección del Riesgo

Estado:	Ciudad:	Municipio:
Parroquia:	Urbanización, Sector, Barrio:	Edif., Galpón, Casa, Quinta:
Vía principal:	Vía 1 (izquierda):	Vía 2 (derecha):
Torre, Sección, Ala:	Piso, Nivel:	Local, Ofic., Apto:
Referencia:	Otro:	Código postal:
Teléfono habitación:	Teléfono oficina:	Teléfono celular:
E-mail:		Fax:

Dirección de Habitación

Estado:	Ciudad:	Municipio:
Parroquia:	Urbanización, Sector, Barrio:	Edif., Galpón, Casa, Quinta:
Vía principal:	Vía 1 (izquierda):	Vía 2 (derecha):
Torre, Sección, Ala:	Piso, Nivel:	Local, Ofic., Apto:
Referencia:	Otro:	Código postal:
Teléfono habitación:	Teléfono oficina:	Teléfono celular:
E-mail:		Fax:

Si el Propuesto Asegurado es persona jurídica responda adicionalmente

Fecha de constitución de la Empresa: _____ Naturaleza: Pública Privada

III. Datos del Representante Legal ante la Empresa de Seguros

Nombres y apellidos / razón social: _____	C.I. / Pasaporte / RIF: _____
	V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>
Ingreso anual (en U.T.):	Menor a 530 <input type="checkbox"/> Entre 530 y 1.320 <input type="checkbox"/> Mayor a 1.320 <input type="checkbox"/>
Actividad económica:	Comercial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>



Solicitud de Seguro N°: _____

Dirección del Riesgo

Estado:	Ciudad:	Municipio:
Parroquia:	Urbanización, Sector, Barrio:	Edif., Galpón, Casa, Quinta:
Vía principal:	Vía 1 (izquierda):	Vía 2 (derecha):
Torre, Sección, Ala:	Piso, Nivel:	Local, Ofic., Apto:
Referencia:	Otro:	Código postal:
Teléfono habitación:	Teléfono oficina:	Teléfono celular:
E-mail:		Fax:

Dirección de Habitación

Estado:	Ciudad:	Municipio:
Parroquia:	Urbanización, Sector, Barrio:	Edif., Galpón, Casa, Quinta:
Vía principal:	Vía 1 (izquierda):	Vía 2 (derecha):
Torre, Sección, Ala:	Piso, Nivel:	Local, Ofic., Apto:
Referencia:	Otro:	Código postal:
Teléfono habitación:	Teléfono oficina:	Teléfono celular:
E-mail:		Fax:

IV. Vigencia del Seguro

Desde: ____/____/____

Hasta: ____/____/____

Si se trata de un contrato, indique los días que dura el contrato: _____

V. Riesgo Asegurar

Actividad económica (Si se trata de un contrato, especifique su alcance):

Cantidad total de trabajadores: _____ a) Personal obrero: _____ b) Personal administrativo: _____

Monto de nómina total anual estimada (Bs.): _____

a) Monto nómina anual personal obrero (Bs.): _____

b) Monto nómina anual personal administrativo (Bs.): _____



Responsabilidad Empresarial

Solicitud de Seguro N°: _____

Nota: Si se trata de un contrato, indique los montos de nómina que correspondan al período del contrato.

Nombre del principal (empresa para quien se realizará el trabajo): _____

Tipo de póliza: Prima única Declarativa
Frecuencia de declaración: Mensual Trimestral Semestral Anual

Tipo de contrato colectivo:

Normal Extensión al contrato petrolero Extensión al contrato de la construcción
 Otro Si el contratista es otro, especificar: _____

VI. Coberturas Solicitadas

El solicitante solo está obligado a escoger la Cobertura Básica de esta Póliza. Las coberturas restantes son opcionales.

Cobertura Básica		Limite Solicitado (Bs.)
<ul style="list-style-type: none"> • Muerte • Discapacidad Absoluta Permanente (toda actividad) • Discapacidad Total Permanente (actividad habitual) • Discapacidad Parcial Permanente (mayor al 25% grado de discapacidad) • Discapacidad Parcial Permanente (hasta 25% grado de discapacidad) • Discapacidad Temporal • Gran Discapacidad (asociada a Discapacidad Absoluta Permanente) • Gran Discapacidad (asociada a Discapacidad Temporal) • Secuelas o Deformaciones Permanentes 	<input checked="" type="checkbox"/>	De acuerdo a las indemnizaciones dispuestas en el Artículo 130 de la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo

Coberturas Opcionales		Límite (Bs.) Evento y Año Póliza	Número de veces el límite solicitado
Responsabilidad del Empleador por Negligencia	<input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Gastos de Asistencia Legal y Defensa Penal	<input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Honorarios médico-quirúrgico y Gastos Hospitalario y Farmacéutico	<input type="checkbox"/>		

Límite de responsabilidad de la Empresa de Seguros	Límite Solicitado (Bs.)
Límite por trabajador (todas las coberturas año póliza)	
Límite por dos o más trabajadores (todas las coberturas año póliza)	

Solicitud de Seguro N°: _____

Otros seguros vigentes sobre los mismos bienes asegurados

Empresa de Seguros	Monto asegurado	Nº de Póliza y Ramo	Vigencia

Intermediario(s)

Apellidos y nombres o Razón Social	Código	% de participación	Firma

Observaciones: _____

VIII. Datos Bancarios para Cobro de Prima

Si desea que se realice el cobro por medio de domiciliación bancaria, para este año póliza, por favor indicar:

Banco	Nº de Cuenta	Tipo de Cuenta

Si desea que se realice el cobro con cargo tarjeta de crédito, para este año póliza, favor indicar:

Banco	Nº de Tarjeta de Crédito	Tipo	Vence

IX. Datos Bancarios para Pago a Titulares

En caso que la compañía deba efectuar un pago al titular de la póliza, el mismo se realizará a través del banco y cuenta indicados a continuación, siempre y cuando esta última se encuentre a nombre del titular; en caso de información incompleta o errada, el pago se efectuará en cualquiera de las cuentas bancarias activas, que el titular haya suministrado previamente a la compañía.

Deseo que el reembolso o pago me sea efectuado mediante:

Banco y cuenta indicados para Cobro de Primas Otra cuenta favor indicar:

Banco	Nº de Cuenta	Tipo de Cuenta



X. Declaraciones

En mi carácter de solicitante de la póliza o en representación de este, declaro que la información aquí suministrada es exacta, sin omisión alguna de detalle, hecho o circunstancia.

Yo, _____, C.I. No. _____, doy fe que el dinero utilizado para el pago de la Prima, proviene de una fuente lícita y por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, beneficios, valores o títulos producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas, conforme a lo dispuesto en el Título III de las "Normas sobre Prevención, Control y Fiscalización de los Delitos de Legitimación de Capitales y el Financiamiento al Terrorismo, en la Actividad Aseguradora", publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.621, de fecha 22 de febrero de 2011, y cuya reforma fue publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.694, de fecha 13 de junio de 2011.

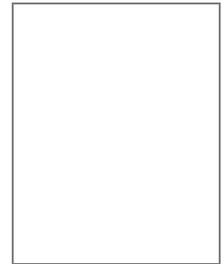
Lugar: _____ Fecha: ____/____/____

Firma del Tomador: _____

Firma del Asegurado: _____



Huella dactilar Tomador
(Pulgar derecho)



Huella dactilar Asegurado
(Pulgar derecho)

SEGUROS CARACAS, C.A., RIF: J-00038923-3.

Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora del Ministerio del Poder Popular para la Economía y Finanzas bajo el Nro. 13. **"Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante oficio N° 00008600 de fecha 19 de Julio de 2011".**

